

THOMPSON décrit les altérations de la *prostatite aiguë* de la façon suivante :

La prostate augmente de deux ou trois fois son volume, en restant dure et ferme. Les vaisseaux afférents sont gorgés de sang foncé. La muqueuse de l'urèthre prostatique a une teinte rouge sombre. A la coupe le tissu est plus hypérémié qu'à l'état normal.

L'expression de l'organe fournit un liquide abondant, rougeâtre, mélange de lymphes, de sérum, de sang, de suc prostatique. Sous le microscope ce liquide ne semble renfermer qu'une faible quantité de pus. Mais, au fur et à mesure que l'inflammation progresse, la proportion des cellules purulentes s'élève. A la coupe, les lobes prostatiques se montrent alors parsemés de petits points purulents, correspondant aux cavités glandulaires.

Dans les stades plus avancés, on trouve dans le parenchyme prostatique un nombre plus ou moins grand de foyers abcédés, du volume variant de celui d'un grain de chanvre à celui d'un pois. Le pus de ces petits abcès a un caractère tout à fait spécial, il est muqueux, visqueux, un peu mélangé de sang.

A ce moment, la prostate présente certains points de ramollissement ou de gangrène, la muqueuse uréthrale est rouge, épaisse, parfois recouverte de pseudo-membranes ; ou bien elle est détruite partiellement par des ulcérations ou des plaques de gangrène ; çà et là un foyer purulent vient s'ouvrir directement dans l'urèthre.

Dans la *prostatite chronique*, THOMPSON a trouvé la prostate tantôt grosse, tantôt extrêmement petite, de consistance molle et parfois même spongieuse. A la coupe, le parenchyme était d'une teinte rouge foncée ou violacée, donnant par expression un liquide brun, abondant. A une période plus avancée de la maladie il existait de petits foyers purulents, gros comme un grain de chanvre.

La muqueuse uréthrale prostatique paraissait amincie, très vascularisée, les orifices des glandes prostatiques anormalement larges. Plus rarement elle était épaisse, livide. Dans l'utricule, dans les conduits excréteurs des glandes, dans les petits culs-de-sac qui s'ouvrent dans l'urèthre, enfin dans certains espaces du tissu périprostatique, il n'était pas rare de trouver du pus. Dans un cas publié par FURBRINGER (1884) la glande était grosse, parcourue par de larges traînées cicatricielles d'un blanc d'ivoire ; les conduits excréteurs étaient dilatés, gorgés d'un liquide prostatorrhéique trouble, muqueux ; leurs parois étaient épaissies, infiltrées de petites cellules. Quant au tissu glandulaire lui-même, son épithélium était par place le siège

d'une tuméfaction trouble ; on constatait aussi de l'inflammation intersticielle prononcée. Pas d'abcès.

Diagnostic et pronostic.

La prostatite aiguë offre des symptômes si nets que son diagnostic ne soulève guère de difficulté. La seule maladie avec laquelle elle présente une similitude d'aspect (et qui du reste lui est toujours concomitante) est l'urétrite chronique. *Le toucher rectal qui doit toujours être pratiqué quand il existe une urétrite postérieure, permet le diagnostic différentiel de ces deux affections.*

C'est uniquement par ce moyen que l'on découvre les congestions récentes, les inflammations folliculeuses et que l'on prévient les graves phlogoses parenchymateuses. Celles-ci sont immédiatement reconnues, grâce à l'ensemble des symptômes propres qu'elles présentent, grâce aussi à l'exploration digitale.

Nous avons déjà parlé du diagnostic de la prostatite chronique. Il se fait par l'examen de la sécrétion prostatorrhéique et celui de l'urine, par l'endoscope, par la bougie exploratrice, par la constatation de la neurasthénie sexuelle.

Le *pronostic* de la prostatite comporte beaucoup de tact. Il est vrai que la congestion, les inflammations folliculeuse et parenchymateuse peuvent se résoudre. Mais les deux dernières, dont l'issue ne dépend pas toujours de nous, ont des conséquences si graves, qu'elles nécessitent une grande réserve, alors même que l'affection suit une marche favorable.

Il en est de même de la prostatite chronique, étant donné surtout que la neurasthénie qui l'accompagne si souvent ne rétrocede pas toujours après la disparition des désordres locaux.

Traitement.

1. Prostatite aiguë.

Dans toute inflammation le repos répond à l'indication principale. Ici encore il faut insister sur la nécessité du repos, du repos au lit et veiller aussi au repos des organes, faire suspendre toute espèce d'injection, mettre en œuvre tout l'arsenal anaphrodisiaque, veiller à la régularité et à la facilité des selles, prescrire la diète. Aussi longtemps

qu'il n'y a pas de suppuration manifeste, le traitement antiphlogistique le plus rigoureux est indiqué. Nous recommandons particulièrement l'emploi de notre appareil à double courant d'eau froide.

Cet appareil qui permet l'application locale du froid et même du froid intense (fig. 33) rappelle l'instrument d'ARZBERGER pour les

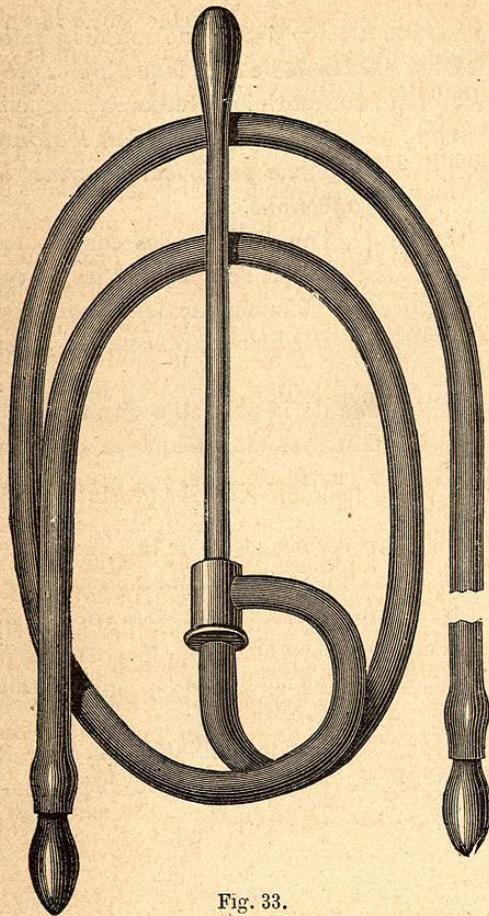


Fig. 33.

hémorroïdes. C'est une longue canule pyriforme métallique fermée, longue de 16 centimètres, dont la cavité est divisée en deux compartiments sauf à l'extrémité. L'instrument qui est relié à deux tubes de caoutchouc dans lesquels circule un courant d'eau, est introduit dans le rectum par le patient lui-même et maintenu de telle sorte que la grosse extrémité de la poire vienne s'appliquer sur la saillie prostatique. On établit alors par un jeu de siphon un double courant d'eau froide ou d'eau glacée qui communique sa température aux tissus ambiants et qui produit donc un effet antiphlogistique puissant. Employée pendant une heure, deux ou trois fois par jour, cette

méthode nous a toujours donné d'excellents résultats aussi longtemps que la suppuration ne s'était pas développée.

Dans les cas de gonflement aigu et considérable, il suffit de faire ces applications tous les deux jours pour voir s'apaiser l'inflammation.

L'appareil est très maniable, les malades s'en servent très facilement eux-mêmes.

A côté de ce moyen, on ne négligera pas du reste les autres remèdes antiphlogistiques, pas plus qu'on ne fera fi du traitement symptomatique. C'est ainsi que l'on pourra prescrire les frictions d'onguent mercuriel sur le périnée. Quand il y a de violentes douleurs, du ténésme, la morphine administrée à l'intérieur, en injections sous-cutanées ou en suppositoires réussit admirablement. Les narcotiques sont indiqués quant il se produit une rétention d'urine soit à la suite du gonflement de la prostate, soit, ce qui est le plus souvent le cas, à la suite d'un spasme sphinctériel. On ne recourt au cathétérisme que dans les cas extrêmes; on se sert alors d'une fine sonde de caoutchouc qu'on laisse à demeure dans l'urèthre. Quand la suppuration est manifeste, il faut intervenir chirurgicalement et ouvrir l'abcès par le périnée soit directement, soit après avoir décollé la paroi rectale antérieure (DITTEL). On prendra cette voie plutôt que de provoquer la rupture dans l'urèthre à l'aide d'une sonde. Si l'abcès s'est ouvert spontanément dans l'urèthre, il faut introduire une sonde à demeure, pour autant que la chose soit possible, car le bec de la sonde peut faire fausse route et s'engager dans la perforation.

2. Prostatite chronique.

Ici, il faut instituer d'abord le traitement de la prostatorrhée et celui de l'urétrite chronique.

Contre la prostatorrhée on emploiera la sonde réfrigérante de WINTERNITZ (voir *Traitement de l'urétrite chronique*). Dans beaucoup de cas nous nous sommes bien trouvé de notre appareil (fig. 33). Mais au lieu d'eau froide nous employions alors l'eau chaude (37-42° C.).

Les séances, répétées tous les jours, duraient une heure.

L'application de suppositoires, continuée pendant longtemps, donne de très bons résultats. On peut prescrire par exemple :

℞ Kalii iodati	50 cent.
Iodi puri	5 —
Extr. bellad.	7 —
Butyr. cacao q. s. ut. f. supp. N° V.	

KÖBNER (1889) croit que les petits lavements de solutions iodurées sont mieux supportés que les suppositoires.

℞ Kalii iodati	40 gr.
Kalii bromati	8 à 10 —
Extr. bellad.	60 cent.
Aq. destillat.	300 gr.
S. pour 20 lavements. 2 lavements par jour.	

On peut additionner ces lavements de 3 à 10 gouttes de teinture d'iode, en augmentant tous les jours le nombre des gouttes. SCHARFF (1892) préconise les lavements d'ichthyol (10 à 50 p. 100) faits avec la seringue de OIDTMANN.

Dans l'urèthre on applique des solutions de nitrate d'argent (1 à 5 p. 100) ou des onguents à la lanoline iodurée (avec la seringue de TOMMASOLI notamment). La cure de dilatation, le passage des sondes de fort calibre rendent ici de grands services.

Quand, à côté de la prostatite chronique, il existe une neurasthénie, celle-ci guérit généralement par le traitement local de la prostatite.

Si les accidents nerveux persistent après la guérison de la prostatite et de l'urétrite chroniques, on conseille suivant la gravité des troubles : l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le fer, l'arsenic, les bains de mer, la cure de PLAYFAIR.

V. — DE L'ÉPIDIDYMITE

Généralités.

Par ce qui en a été dit au chapitre de l'histoire, nous savons que cette complication extrêmement fréquente est connue depuis très longtemps, depuis que l'on connaît la blennorrhagie elle-même pour ainsi dire.

ROLLET (1862), sur 2.425 cas de blennorrhagiés, a observé 678 fois l'épididymite, soit dans 27,9 p. 100 des cas; JULLEN (1886), sur 2.500 cas, 381 fois, soit dans 15,2 p. 100 des cas; TARNOWSKI (1872), sur 5.203 cas, 637 fois, soit dans 12,2 p. 100 des cas. Nous-même (en 5 années, service d'hôpital), sur 1.844 cas, avons enregistré 548 fois cette complication, soit dans 29,9 p. 100 des cas.

Ces chiffres qui se rapportent aux malades hospitalisés sont certainement trop élevés. Il est évident que les blennorrhagiés atteints d'épididymite se font beaucoup plus souvent admettre à l'hôpital que les malades porteurs d'une simple urétrite, car ils sont souvent incapables de travailler. BERG (1882) n'a pu observer l'épididymite dans sa clientèle privée que dans 7,5 p. 100 des cas d'urétrite, tandis qu'à ma polyclinique, sur 500 cas j'ai constaté 65 fois l'épididymite (soit dans 13 p. 100 des cas).

L'épididymite est le plus souvent unilatérale. Naguère encore on croyait que l'épididyme gauche était plus souvent atteint que le droit et il ne manquait pas de théories pour expliquer le fait. On disait qu'il devait en être ainsi parce que, la plupart des hommes portant les bourses du côté gauche, le testicule gauche était plus exposé que l'autre à la compression et aux contusions.

On invoquait la prédominance du varicocèle à gauche ou la compression exercée sur le canal déférent gauche par l'S iliaque. Des statistiques dressées sur une plus grande échelle ont prouvé que l'épididymite est aussi fréquente à droite qu'à gauche; les chiffres que nous reproduisons dans le tableau suivant montrent même une petite différence en faveur du côté droit.